

Joakim Bergström, Sanna Ekola

Sairaanhoitajien koulutustarpeet painehaavojen ehkäisyssä päiväkirurgisissa hoitoyksiköissä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Sairaanhoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Toukokuu 2018

<p>Tekijä(t) Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Joakim Bergström, Sanna Ekola Sairaanhoitajien koulutustarpeet painehaavojen ehkäisyssä päiväkirurgisissa hoitoyksiköissä</p> <p>21 sivua Toukokuu 2018</p>
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitotyö
Ohjaaja(t)	TtT, sh, lehtori Liisa Montin
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla päiväkirurgisissa yksiköissä työskentelevien sairaanhoitajien koulutustarpeita painehaavojen ehkäisyyn liittyen. Tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan hyödyntää päiväkirurgisissa yksiköissä. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kanssa ja tämä työ on osa isompaa opinnäytetyökokonaisuutta.</p> <p>Opinnäytetyö aineiston keruu toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena keväällä 2018. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella HUS:in kahden päiväkirurgisen yksikön sairaanhoitajilta (n=79). Kyselylomake sisältää kysymyksiä taustatiedoista sekä kaksi kartoittavaa osiota sairaanhoitajien koulutustarpeista. Tutkimusjoukkoon kuului 79 sairaanhoitajaa, joista kyselyyn vastasi 49. Vastausprosentiksi muodostui 62 %. Vastaukset analysoitiin Statistical Package for Social Sciences (SPSS) tilasto-ohjelman avulla.</p> <p>Yhteenvedon voidaan todeta, että kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa painehaavojen ehkäisyyn liittyen kohtalaiselle tasolle. Sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa käyttäen itsearvioinnissa numeerista arviointia (4-10). Kouluarvosanoilla arviointuna kokonaiskeskiarvoksi muodostui 6,8. Lisäkoulutusta vastaajat kokivat tarvitsevansa painehaavojen ehkäisyssä yleensä, painehaavojen syntyyn vaikuttavista tekijöistä, riskitekijöistä, asentohoidosta, apuvälineistä ja psyykkisen tilan vaikutuksesta painehaavoihin.</p>	
Avainsanat	Painehaava, päiväkirurgia, koulutustarpeet, sairaanhoitaja

Author(s) Title	Joakim Bergström, Sanna Ekola Training needs of nurses' for the prevention of pressure ulcers in day care surgical wards
Number of Pages Date	21 pages 04 May 2018
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	PhD, RN, Senior Lecturer Liisa Montin
<p>The purpose of the thesis was to describe the needs of education needed by the day surgical perioperative nurses. The aim was to utilise the results of the thesis in the future in the day care surgical wards. The thesis was done in collaboration with HUS and it was a part of the bigger scheme.</p> <p>The thesis was implemented by quantitative methods and the data was collected in Spring 2018. The data was collected with a questionnaire from two day care surgical units (n=79). The questionnaire inholds questions about the nurses' background and two charting sections on the training needs of perioperative nurses in day care surgical units. The target group consisted 79 nurses and 49 nurses were participated in the research. The answer percent was 62%. Results were analyzed by Statistical Package for Social Sciences (SPSS) programme.</p> <p>As a conclusion it can be said that the nurses evaluated their knowledge moderate concerning the prevention of pressure ulcers. Nurses evaluated their knowledge by using a numeric scale (4-10). Average value was 6,8 by using a school grade. The participants felt needs for training on preventing pressure ulcers, factors causing the pressure ulcers, risks, correct positioning, equipment and the impact of the psychiatric state on pressure ulcers.</p>	
Keywords	Pressure ulcer, training, nurses, day surgery

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Painehaava	2
2.1	Painehaava ja sen syntyminen	2
2.2	Painehaavalle altistavat tekijät	3
2.3	Painehaavojen ehkäisy	3
2.4	Painehaavat leikkauspotilailla	4
3	Päiväkirurginen toimintayksikkö	5
3.1	Päiväkirurginen toimintayksikkö	5
3.2	Päiväkirurginen potilas	6
3.3	Päiväkirurgisissa toimintayksiköissä työskentelevät sairaanhoitajat	8
4	Sairaanhoitajien koulutustarpeet painehaavoihin liittyen	8
5	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys	10
6	Tutkimusaineisto ja sen analyysi	10
6.1	Aineistonkeruumenetelmä	10
6.2	Aineistonkeruu	11
6.3	Kyselylomakkeen kuvaus	12
6.4	Aineiston analyysi	12
7	Tulokset	12
7.1	Tutkimukseen osallistunut henkilökunta	12
7.2	Hoitohenkilökunnan koulutustarpeet painehaavojen ehkäisyssä	13
8	Pohdinta	14
8.1	Tulosten pohdinta	14
8.2	Luotettavuus	15
8.3	Eettisyys	16
8.4	Yhteenveto	17
	Lähteet	19

1 Johdanto

Painehaavalla tarkoitetaan ihon pinnassa tai ihonalaiskudoksessa olevaa paikallista kudოსvauriota, joka aiheutuu paineesta tai paineesta sekä venytyksestä yhdessä (European Pressure Ulcer Advisory Panel, EPUAP 2016). Painehaava johtuu hapen puutteesta, jonka aiheuttaa yleisimmin makuu- tai istuinalustan kontakti ihon kanssa. Paine estää normaalin verenkierron ja kudokset eivät saa happea tai ravintoaineita. Painehaavat syntyvät useimmiten sellaisille henkilöille, jotka makaavat tai istuvat pitkään samassa asennossa ja ovat kykenemättömiä vaihtamaan asentoaan. (Juutilainen – Hietanen 2012: 302.) Painehaavojen synty on merkittävä riski kaikille leikkauspotilaille johtuen toimenpiteen luonteen ennustamattomuudesta, pituudesta ja anestesiassa käytetyistä lääkaineista (Bateman 2012).

Painehaavoja arvioidaan esiintyvän Suomessa noin 55 000-80 000 potilaalla vuosittain. Niiden aiheuttamat kustannukset ovat noin 350-525 miljoonaa euroa vuodessa, mikä on noin 2-3 % terveydenhuollon vuosittaisista menoista. (Soppi 2010.) Taloudellisten tekijöiden lisäksi painehaavat aiheuttavat potilaalle kipua, haittaa arkipäiväisissä toiminnoissa ja heikentävät potilaan elämänlaatua (Juutilainen – Hietanen 2012: 12-14.) Painehaavat pidentävät potilaan leikkauksesta toipumista sekä hoitajakson pituutta erilaisen painehaavaan liittyvien komplikaatioiden, kuten haavainfektioiden ja sepsiksen johdosta sekä lisäävät kuolemanvaaraa (Soppi 2010).

Painehaavoja voidaan ehkäistä haavariskin, ihon kunnon ja ravitsemustilan arvioinnilla ja hoidolla sekä erikoisapuvälineillä ja asentohoidolla. Riittävien asentohoitojen lisäksi merkittävä painehaavojen ennaltaehkäisyn keino on potilaan riittävä nesteytys ja ihoalueeseen kohdistuvan hankauksen ennaltaehkäisy. (Juutilainen – Hietanen 2012: 304.) Leikkauspotilailla erityisen tärkeitä ennaltaehkäisykeinoja ovat leikkausasennon huomiointi ja tukeminen erilaisilla erikoispatjoilla ja -tyynyillä (Karma – Kinnunen – Palovaara – Perttunen 2016: 104-105).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien koulutustarpeita painehaavojen ehkäisyyn päiväkirurgisissa yksiköissä. Sairaanhoitajien osaamista ja koulutustarpeita ei ole aiemmin tutkittu päiväkirurgisissa toimintayksiköissä. Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena. Tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan hyödyntää päiväkirurgisissa yksiköissä.

2 Painehaava

2.1 Painehaava ja sen syntyminen

Painehaava on ihon pinnassa tai ihonalaiskudoksessa oleva kudoksen paikallinen vaurio, joka syntyy sellaiselle alueelle, jossa luu painaa ihoa estäen kudosten normaalin verenkierron. Normaalin verenkierron estyminen aiheuttaa sen, että kudoksiin ei pääse happea tai ravintoaineita ja kudokset menevät kuolioon. Kudoksen vaurio saattaa ilmaantua luisen ulokkeen lähellä olevaan lihas- tai rasvakudokseen, sillä ne sietävät huomattavasti enemmän painetta ja hapenpuutetta kuin iho. Syvän painevaurion akuuttivaihe voi olla vaikea todeta, sillä iho saattaa olla päällepäin täysin kunnossa, mutta painevaurio on lihas- tai rasvakudoksessa ikään kuin näkymättömissä. (Juutilainen – Hietanen 2012: 301-305.)

Yleisimmät painehaavojen esiintymispaikat ovat ristiluun, istuinkyhmyjen, kantapäiden, lonkkien, suoliluun harjanteen, tai nilkkojen luiden alue. Harvinaisempia mutta mahdollisia paikkoja ovat kyynärpäät, lapaluut sekä takaraivon alue. Painehaavojen syntyminen merkittävin tekijä on kudokseen kohdistuva paine, mutta lisäksi monet muut tekijät voivat edesauttaa painehaavojen syntymistä. Painehaavat voivat syntyä myös kitkan ja kudosten venymisen johdosta. Esimerkiksi potilasta siirrettäessä leikkaustasolla ihon ja leikkauspöydän välinen kitka pyrkii jarruttamaan liikettä, jolloin ihonalaiset kudokset venyvät ja ihon pinta hankautuu ja rikkoutuu. (Juutilainen – Hietanen 2012: 301-305.)

Leikkauksessa painehaavoja tyypillisimmin aiheuttavat terävä luunharjanne sekä kova leikkaustaso yhdessä. (Lukkari – Kinnunen – Korte 2014: 281.) Aluksi painekohdassa näkyy punoitusta ja turvotusta ja lopuksi iho rikkoutuu. Painehaavan voi aiheuttaa sairaa ympäristössä myös ulkoiset tekijät, kuten leikkausalueelle asetettavat laskuputket eli dreenit, keuhkatetrin letkut tai muut hoidossa käytettävät välineet. Ylipainoiset potilaat ovat alttiimpia painehaavoille, sillä rasvakudoksessa verenkierto on huomattavasti vähemmän verisuonituksen takia. (Juutilainen – Hietanen 2012: 301-305.)

2.2 Painehaavalle altistavat tekijät

Riskitekijöitä painehaavoille ovat potilaan liikkumattomuus, huono ravitsemustila, kehon lämpötilan lasku, vanhuus, anemia, kosteus ja inkontinenssi (Juutilainen – Hietanen 2012: 304). Ikä vaikuttaa painehaavojen syntyyn siten, että ikääntyneen ihmisen iho on ohuempaa, hauraampaa ja vähemmän elastisempaa kuin nuoren, jolloin myös paine, kitka ja hankaus aiheuttavat helpommin ihon vaurioitumista. Leikkausten aikana potilaan lämmönsäätelyjärjestelmä ei toimi normaalisti, mikä voi johtaa ruumiinlämmön merkittävään laskuun. Leikkauksen aikana lämmityshoidoilla pyritään pitämään potilaan ruumiinlämpö normaalina. (Juutilainen – Hietanen 2012: 304.) Hyvä ravitsemustila ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen edesauttaa toipumista leikkauksesta ja vähentää komplikaatioita (Sinisalo 2015: 63). Erityisen riskialttiita potilasryhmiä painehaavoille ovat lonkkamurtuma-, selkäydinvamma- ja teho-osastopotilaat (Juutilainen – Hietanen 2012: 301). Anestesia itsessään laajentaa pintaverisuonia, jonka takia verenpaine laskee. Tämän seurauksena laskimoveri pyrkii jäämään potilaan alla oleviin osiin. Potilaan huolimaton käsittely voi vahingoittaa ihonalaisia verisuonia ja aiheuttaa painehaavaumia. (Seppälä 2013: 182-185.)

2.3 Painehaavojen ehkäisy

Painehaavoja voidaan ehkäistä haavariskin, ihon kunnon ja ravitsemustilan arvioinnilla ja hoidolla sekä erikoisapuvälineillä ja asentohoidolla. Paineen poistaminen on tärkein painehaavojen ehkäisykeino ja paineen poistamiseen voidaan käyttää apuna erilaisia patjoja ja tyynyjä. Haavojen ehkäisyn onnistuminen vaatii henkilökunnan ja potilaan ohjausta ja sitoutumista hoidon toteuttamiseen sekä apuvälineiden käyttöön. Apuvälineitä, joita painehaavojen ehkäisyyn liittyen on käytössä ovat esimerkiksi potilaan siirtämiseen käytettävät apuvälineet, painehaavapatjat, passiiviset ja aktiiviset erikoispatjat. Potilaan nostoon ja siirtämiseen on runsaasti erilaisia välineitä kuten nostoliinat, siirtymä- ja liukulakanat ja siirtovyöt. Nämä apuvälineet auttavat siinä, ettei potilaalle siirtotilanteessa aiheudu ihovaurioita. (Juutilainen – Hietanen 2012: 327.)

Painehaavojen tunnistamiseen on erilaisia painehaavamittareita. Mittarit auttavat hoito-henkilökuntaa tunnistamaan riskiryhmään kuuluvat potilaat ja yhtenäistämään kirjaus-käytäntöjä. Riskin arviointi tulisi tehdä heti potilaan saavuttua sairaalaan tai viimeistään 8 tunnin kuluessa hoitoon saapumisesta. Mittarin avulla lasketaan potilaalle riskipisteet, käydään läpi riskimittarin jokainen osa-alue ja merkitään niiden pistemäärät. Bradenin riskimittari on yleisen käytössä oleva mittari. Braden-riskimittarilla arvioidaan potilaan fyysistä aktiivisuutta, liikkuvuutta, venyttäviä ja hankaavia voimia, tuntoaistia, ihon altis-tumista kosteudelle sekä potilaan ravitsemustilaa. (Iivanainen – Syväoja 2016: 362.) Mit-tareita käytetään yleisimmin akuutti- tai pitkäaikaishoidossa olevilla potilailla (Hietanen – Juutilainen 2012: 312).

Hyvä ravitsemustila sekä riittävä ravinnon ja nesteiden saanti ehkäisevät painehaavojen syntymistä potilaille ja edistävät paranemista. Painehaavapotilaiden vajaaravitsemuksen riskiä, tehostetun ravitsemuksen tarvetta sekä ravitsemustilaa tulisi arvioida säännölli-sesti sairaalahoidossa. Erityisryhmät kuten esimerkiksi iäkkäät, psykiatriset potilaat, suo-listosairauksia sairastavat potilaat ovat riskiryhmässä vajaaravitsemuksessa, joten hei-dän kohdallaan tulee erityisesti kiinnittää huomiota. (Haglund – Huupponen – Ventola – Hakala-Lahtinen 2010: 317.)

Leikkauspotilaita painehaavoille altistavat alhainen ydinlämpötila leikkauksen aikana, liikkumattomuus anestesian aikana ja vähentynyt liikkuvuus leikkauksen jälkeisinä päi-vinä. Anestesia lamauttaa leikkauspotilaan lämmönsäätelyn, jonka vuoksi leikkauspoti-las on altistunut ympäristön olosuhteille. Muita perioperatiivisia lämpötilaa alentavia te-kijöitä ovat esimerkiksi leikkausalueen pesu, haavaontelot, verenvuoto sekä leikkaussa-lin lämpötila. Yleisanestesia sekä epiduraali- ja spinaalipuudutus yhdessä ovat suurin riski hypotermialle. (Seppälä 2013: 182-185.) Leikkauspotilaan lämpötasapaino tulisi pi-tää mahdollisimman vakaana, sillä avoimen haavan kautta elimistö viilentyy. Leikkaus-potilaan lämpötilaa tulisikin tarkkailla ja seurata potilaan lämpötilan mittauksilla ennen leikkausta jatkuvasti tai toistuvasti anestesiamuodosta riippuen. Lämpötasapainoa voi-daan ylläpitää esimerkiksi avaruuslakanalla, lämpökaapista otetulla peitolla, lämpöpat-jalla tai lämpöpuhaltimella. Muita keinoja ovat leikkauksessa käytettävien kaasujen sekä infuusio- ja huuhtelunesteiden lämmitys ja leikkaussalin lämpötilan huomioiminen. (Juu-tilainen – Hietanen 2012: 320.)

Leikkausasennon huomioiminen on erityisen tärkeää, sillä nukutettu potilas ei itse tiedä, missä asennossa on eikä tunne onko asento hyvä vai huono. (Karma ym. 2016: 104, 108.) Perioperatiiviset sairaanhoitajat vastaavat potilaan leikkausasentoon saattamisesta yhdessä lääkärin kanssa. Hyvä leikkausasento mahdollistaa kirurgille esteettömän pääsyn ja näkyvyyden leikkausalueelle. Anestesia- ja hoitajien tulee kyetä tarkkailemaan potilasta ja toteuttaa anestesiaan liittyviä hoitotoimenpiteitä. Leikkausasennon tulee olla myös potilaalle turvallinen ja sellainen, ettei se aiheuta potilaalle leikkauksen jälkeisiä kipuja tai muita haittavaikutuksia, kuten painehaavoja. Leikkausasentoon vaikuttavat potilaan yksilölliset ominaisuudet, kuten ikä, sukupuoli, liikerajoitukset, kehonrakenne, leikkaustoimenpide ja anestesia- ja hoitomuoto. Tasainen alusta, riittävät pehmusteet ja paineen jakaminen laajalle alueelle on huomioitava leikkausasennossa. Potilasta ei saa työntää eikä vetää leikkaustasolla, sillä se voi aiheuttaa ihovaurioita. Leikkaustasoissa on pehmeä, muotoiltu patja, jonka tehtävänä on pienentää leikkauspotilaan painehaavariskiä. (Karma ym. 2016: 104-105 : Lukkari – Kinnunen – Korte 2014: 281.)

Leikkausasento tulee kirjata ja sen tulee pitää sisällään leikkausasennon nimi, siinä käytetyt tuet ja pehmusteet, niiden paikat, leikkausasennon laittoon osallistuneiden nimet ja asema sekä leikkausasennon jälkeinen kunnon arviointi (Karma ym. 2016: 105). Päivystys- ja akuuttiosastoilla painevaurio jää usein toteamatta, koska potilas on hoidossa lyhyen aikaa. Ihon rikkoutuminen voi alkaa vasta hoitoyksiköstä siirtymisen jälkeen. (Juutilainen – Hietanen 2012: 301.)

3 Päiväkirurginen toimintayksikkö

3.1 Päiväkirurginen toimintayksikkö

Päiväkirurgialla tarkoitetaan hoitojaksoa, johon liittyy elektiivinen eli suunniteltu toimenpide leikkaussalissa. Leikkaus voidaan tehdä sedaatiossa eli nukutuksessa, yleisanestesiassa tai laajassa puudutuksessa. Päiväkirurgisen hoitojakson aikana potilas viettää aikaa sairaalassa korkeintaan 12 tuntia. Potilas saapuu sairaalaan aamulla ja pääsee pois yleensä saman päivän iltana. Päiväkirurginen toimenpide vaatii paikallispuudutusta laajemman anestesian, joten esimerkiksi polikliinisiä toimenpiteitä ei lueta päiväkirurgiaksi.

(Hautakangas – Horn – Pyhälä-Liljeström – Raappana 2003: 10.) Päiväkirurgiset leikkaukset toteutetaan samoissa leikkaussaleissa kuin sairaalan muu leikkaustoiminta tai sairaalassa voi olla erillinen päiväkirurginen yksikkö. Leikkaussalista potilas siirtyy heräämöhön, jonka jälkeen hänet kotiutetaan. (Hammar 2011: 11-12.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin päiväkirurgisissa yksiköissä tehdään ortopedisia, gastroenterologisia, plastiikkakirurgisia, endokriiniskirurgisia ja urologisia toimenpiteitä. (HUS) Leikkauksella hoidetaan esimerkiksi tyriä, sappikivitäutiä, laskimoiden vajaatoimintaa ja peräpukamia. Ortopediassa päiväkirurgisesti tehdään niveltähystyksiä ja pieniä jalkaterän alueen leikkauksia, käsikirurgiassa ranteen hermokanavan vapautusleikkauksia. Silmä-, korva-, nenä- ja kurkkutauksissa suurin osa kaikista toimenpiteistä tehdään päiväkirurgisesti. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä tehtiin vuonna 2011 yhteensä noin 35 000 päiväkirurgista toimenpidettä ja päiväkirurgisten toimenpiteiden osuus kaikista kirurgisista toimenpiteistä oli noin 63%. Päiväkirurgiset toimenpiteet ovat lisääntymässä kehittyneiden kivunhoito- ja leikkausmenetelmien ansiosta. (HUS) Suomessa noin puolet kiireettömistä leikkauksista tehdään päiväkirurgisena toimenpiteenä. (Ahonen ym. 2015: 124.) Alue- sekä keskussairaaloissa päiväkirurgisten leikkauksien osuus on suurempi ja prosenttiosuus on noin 70 prosenttia kaikista leikkauksista (Hammar 2011:11).

Anestesiolla tarkoitetaan puutumusta, puudutusta, tunnottomuutta, narkoosia tai nukutusta (Lääketieteen sanasto 2017: s.v. anestesia). Anestesia voidaan saada aikaan nukuttamalla tai puuduttamalla. Nukutuksessa potilas on tiedostamattomassa tilassa, jolloin hän ei tunne tai reagoi toimenpiteestä johtuvaan kipuun. Puudutuksella saadaan aikaan tunnottomuus ja kivuttomuus tietyllä alueella, mutta potilas on hereillä. (Saano – Taam-Ukkonen 2013: 641.) Yleisanestesia tarkoittaa nukutusta, joka saadaan aikaan lääkkeillä ja kaasulla yhdessä.

3.2 Päiväkirurginen potilas

Anestesiaalääkäri, kirurgi sekä päiväkirurginen sairaanhoitaja yhdessä arvioivat potilaan soveltuvuutta päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. Päiväkirurgisten potilasvalintakriteerien tarkoituksena on valita ne potilaat, joiden yleiskunto sekä itsehoitokyvyt tukevat nopeaa leikkauksesta toipumista. Jokaisen potilaan kohdalla punnitaan yksilölliset tekijät. Tär-

keimpinä kriteereinä päiväkirurgiaan soveltuvuudelle voidaan pitää potilaan lääketieteellistä tilaa, fyysistä kuntoa, sydän- ja verisuonisairauksia, perussairauksia, ikää, liikuntakykyä sekä jälkiseurannan ja -hoidon mahdollisuutta kotona. Pääasiassa päiväkirurgisten potilaiden tulee olla terveitä henkilöitä, joilla ei ole perussairauksia tai perussairaukset ovat lieviä ja hoitotasapainossa. Potilaan on kyettävä ottamaan vastuu jälkihoidostaan ja toimimaan yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. Päiväkirurgisesti leikattavalla tulee olla leikkauksen jälkeen aikuinen tukihenkilö, joka hakee hänet sairaalasta ja viettää leikatun kanssa seuraavan vuorokauden. Potilasvalintaan vaikuttavat myös leikkauksen kohde, toimenpideyksikön varustetaso sekä henkilökunnan ammattitaito. Potilasvalinnassa huomioidaan toimenpide ja sen laajuus, komplikaatioiden riski sekä hoitomahdollisuudet. Ikä ei ole itsessään este päiväkirurgiselle toimenpiteelle, vaan terveydentila, fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen terveydentila ovat merkittävimmät tekijät. Päiväkirurgisen toimenpiteen esteeksi voi muodostua ylipaino (BMI yli 35), akuutti alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttö. (Hautakangas ym. 2003: 13-18.) Päiväkirurgia ei sovi myöskään potilaille, joilla leikkaus tehdään rintaonteloon tai kallon sisälle tai leikkauksessa on odotettavissa verensiirto (Ahonen ym. 2015: 125).

Päiväkirurgisen toimenpiteen tulee olla suunniteltu ja leikkauksen jälkeisen vuodon, voimakkaan kivun, infektioiden sekä peruselintoimintojen riskit tulee olla vähäiset. Toimenpiteen keston ja kulun tulisi olla tarkkaan ennakoitavissa. Yleisimmin päiväkirurgiset toimenpiteet kestävät korkeintaan kaksi tuntia. (Hautakangas ym. 2003: 11.) Sairaalaan jääminen päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen on hyvin vähäistä, tutkimusten mukaan 1-9 % kaikista päiväkirurgisesti leikatuista potilaista joutuu jäämään sairaalaan päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen. Yleisimmät syyt sairaalaan jäämiselle ovat, kipu, väsymys, pahoinvointi, poikkeamat leikkaussuunnitelmassa tai leikkausalueen vuoto. (Ahonen ym. 2015: 125.)

Leikkausta edeltävällä käynnillä sairaanhoitajan vastaanotolla annetaan ohjaus ennen leikkausta. Tämä ohjaus sisältää informaatiota leikkauksesta, kivunlievityksestä, ravinnosta olost, lääkkeistä ja kotiutumiseen liittyvistä asioista. Tarvittaessa potilas käy myös anestesia- ja lääketieteellisen vastaanotolla, jossa kartoitetaan potilaan soveltuvuus päiväkirurgiaan anestesian näkökulmasta. (Hammar 2011: 12)

Leikkausta edeltäviin valmisteluihin kuuluvat: esitietojen ja oireiden kysely, kliininen tutkimus ja laboratoriotutkimukset. Laboratoriotutkimuksilla pyritään löytämään oireettomat

ja hoitopäätöksiin leikkauksessa ja anestesiassa vaikuttavat sairaudet ja selvittää jo olemassa olevien sairauksien hoitotasapaino. Ravitsemustilan korjaaminen on huomioitava hyvissä ajoin ennen leikkausta.

3.3 Päiväkirurgisissa toimintayksiköissä työskentelevät sairaanhoitajat

Perioperatiivinen sairaanhoitaja on yleisnimitys anestesia- ja sairaanhoitajana, instrumentoituva tai valvovana sairaanhoitajana työskentelevästä hoitotyön ammattilaisesta. Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan kirurgisen potilaan hoitoa pre-, intra ja postoperatiivisesti. Preoperatiivinen hoito on ennen toimenpidettä tapahtuvaa hoitoa, intraoperatiivinen toimenpiteen aikana ja postoperatiivinen toimenpiteen jälkeen tapahtuva hoito. (Karma ym. 2016: 12.)

4 Sairaanhoitajien koulutustarpeet painehaavoihin liittyen

Tietoa painehaavoista ja sairaanhoitajien koulutustarpeista etsittiin eri tietokannoista. Tietokannat joista etsittiin tietoa, olivat Medic ja Cinahl. Suomenkielisiä tutkimuksia, jotka sopivat aiheeseen löytyi ainoastaan yksi. Suomenkieliset tutkimukset keskittyvät painehaavojen ehkäisykeinoihin ja hoitoon sairaaloiden pitkäaikaisosastoilla, mutta kirurgisesta hoitoympäristöstä tutkimustietoa löytyi vähän.

Erikoissairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien osaamista ja koulutustarpeita painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon liittyen on tutkittu. Tutkimuksessa on tullut ilmi, että osaaminen on kohtalaisen hyvää. Koulutustarpeita ilmeni painehaavaluokkien tunnistamisessa, painehaavariskin arvioinnissa ja apuvälineiden käytössä painehaavoihin liittyen. Lyhyistä hoitoajoista huolimatta erikoissairaanhoidossa katsottiin tarvittavan osaamista painehaavojen ehkäisyyn ja hoitamiseen. Erityisesti painehaavojen tunnistamiseen ja riskien arviointiin. (Koivunen – Luotola – Hautaoja – Laine – Asikainen 2014: 14.)

Ihon eheyden riittävä tarkkailu ja ihon kunnon ylläpitäminen ovat tärkeitä laadukkaan hoitotyön osa-alueita, kun arvioidaan potilaan terveydentilaa ja hoitotyön laatua. Hoitotyöntekijöiden ainoana velvollisuutensa ei ole pelkästään painehaavojen lukumäärän vähentäminen vaan painehaavojen laadukas hoito niiden ilmaantuessa potilaille. (Walton-

Geer ym. 2009: 538.) Hoitohenkilökunnan tulisi tunnistaa ja motivoida potilasta painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Keinoja painehaavojen ennaltaehkäisyyn on riittävä potilasohjaus, kivunlievitys ja yhteistyöhön perustuva suhde hoitohenkilökuntaan. (McInnes — Chaboyer — Murray — Allen — Jones 2014.)

Painehaavan riskin aktiivinen ennaltaehkäisy on tärkeä osa-alue käsittäen riskien arvioinnin ja ongelmien aikaisen havainnoinnin. Sopivia painehaavoja ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä ei voida aloittaa, mikäli perioperatiivisen potilaan painehaava riskiä ei havaita ajoissa ennen leikkaustoimenpidettä. Riskien arvioinnissa otetaan huomioon esimerkiksi potilaan yleinen terveydentila, ikä, ravitsemus, leikkaustoimenpiteen pituus ja potilaan mahdolliset perussairaudet. (Munro 2010: 272-287.)

Potilaat, joilla oli korkea painehaavariski (Braden <17) oli korkeampi todennäköisyys saada painehaavoja, joiden ensimmäiset merkit kirjattiin 24 tunnin sisällä sairaalan osastolle sisäänkirjautumisesta. Saman vuorokauden aikana potilaat saivat asentohoitoja ja heillä oli käytössään painetta vähentävä patja. (Sving — Idvall — Högberg — Gunningberg 2014: 724.)

Leikkauspotilaan riittäviin asennonvaihtoihin tulee kiinnittää huomiota. Suosituksena on, että asentoa vaihdetaan kahden tunnin välein. Asennonvaihtoista huolehtiminen viekin suuren osa painehaavojen ehkäisyyn suunnatusta ajasta. Säännöllisistä asennonvaihtoista huolehtiminen ja sen aiheuttama manuaalinen rasitus kasvattaa hoitohenkilökunnan selkäkipujen ja lihasvammojen riskiä. (Rich ym. 2010: 10.) Leikkaustoimenpiteissä käytetyt leikkausasennot parhaan leikkausnäkyvyyden saamiseksi altistavat potilaan ihon esimerkiksi hankaukselle, joka osaltaan kasvattaa painehaavojen ilmaantumisen riskiä (Bateman 2012).

Perioperatiivisessa toimintayksikössä työskentelevän sairaanhoitajan tulee olla tietoinen mahdollisista riskitekijöistä, jotka altistavat painehaavan synnylle. Tärkeää on kiinnittää huomiota potilaan asetteluun leikkaustasolle. Mikäli potilas on asetettu leikkaustasolle kantapäät kohoasennossa, on tärkeää varmistaa, että leikkausasennon kohdistama paine kohdistuu mieluummin pohkeiden kuin ristiselän alueelle. Tämä on erityisen tärkeää huomioida silloin, kun leikkausoperaatio kestää pidempään kuin kolme tuntia. (Primiano ym. 2011: 564.)

Tietyt leikkausasennot ovat välttämättömiä leikkaustoimenpiteen onnistumisen kannalta. Potilasta asetettaessa leikkaustasolle on tärkeää kiinnittää huomiota kehon asetteluun välttäen asentoja, jotka vaikuttavat esimerkiksi elimistön verenkiertoon. (Bateman 2012.)

5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla perioperatiivisten sairaanhoitajien koulutustarpeita painehaavojen ehkäisyyn päiväkirurgisissa yksiköissä. Tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan hyödyntää päiväkirurgisissa yksiköissä.

Tutkimuskysymys tässä opinnäytetyössä on:

1. Millaisia koulutustarpeita sairaanhoitajilla on painehaavojen ehkäisyyn liittyen päiväkirurgisessa yksikössä?

6 Tutkimusaineisto ja sen analyysi

6.1 Aineistonkeruumenetelmä

Määrällisen tutkimuksen tavoitteena on kuvata, selittää, kartoittaa ja vertailla tai ennustaa asioita. Määrällisen tutkimuksen mittareita ovat kysely-, haastattelu- ja havainnointilomake. Määrällinen tutkimus perustuu mittaamiseen, jonka tuloksena syntyy lukuarvoja sisältävä havaintoaineisto, jota analysoidaan tilastollisin analyysimenetelmin. Asioita kuvataan numeeristen suureiden avulla ja tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin ja kuvioin. Saatuja tuloksia pyritään yleistämään tutkittuja havaintoyksiköitä laajempaan joukkoon. (Heikkilä 2014:14-15.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää ja mittarina oli kyselylomake. Menetelmäksi valittiin määrällinen tutkimusmenetelmä, koska oli tarkoitus kartoittaa melko suurta ihmisjoukkoa.

6.2 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kahdesta päiväkirurgisesta yksiköstä helmi-maaliskuussa 2018. Päiväkirurgisten yksiköiden yhteyshenkilöille lähetettiin sähköpostitse saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Saatekirjeessä oli opinnäytetyön tekijöiden sekä ohjaajan nimet ja yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten. Saatekirjeessä korostettiin tutkimukseen vastanneiden anonyymiteettia ja sitä, että HUS opinnäytetyön tilaajana voi hyödyntää raportin tuloksia kehittäessään omien yksiköidensä toimintaa tulevaisuudessa. Yhteyshenkilöitä pyydettiin ilmoittamaan yksikössä työskentelevien sairaanhoitajien lukumäärä, jotta sopiva määrä kyselylomakkeita voitiin toimittaa yksikköön. Osastonhoitajat tiedottivat opinnäytetyöstä henkilöstölle etukäteen. Yksiköissä joissa tutkimus toteutettiin, työskentelee yhteensä 90 sairaanhoitajaa. Kyselyyn vastasivat vain yksikön sairaanhoitajat, koska otannassa haluttiin selvittää nimenomaan sairaanhoitajien kokemia koulutustarpeita.

Kyselylomakkeita vietiin yhteensä 79 kappaletta kahdelle eri päiväkirurgiselle yksikölle. Ensimmäiseen yksikköön kyselylomakkeet vietiin viikolla 7. Yksikön kanssa sovittiin, että lomakkeiden vastausaika on kaksi viikkoa. Kyselylomakkeita vietiin yksikköön yhteensä 53 kappaletta. Kyselylomakkeet saatiin takaisin osissa, osa tyhjinä ja osa täytettyinä. Vastausaika lopulta venyi ja kaikki kyselylomakkeet saatiin takaisin viikolla 11. Vastausprosentti tässä yksikössä oli 44 %.

Toiseen yksikköön lomakkeet vietiin henkilökohtaisesti ennen osastotuntia viikolla 7, helmikuussa 2018. Tutkimukseen vastanneet sairaanhoitajat jakautuivat kahteen erilliseen tilaan. Kyselyyn vastanneille kerrottiin lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta, jonka jälkeen he täyttivät kyselylomakkeet. Kirjekuoressa kyselylomakkeiden liitteenä oli saatekirje. Kyselyyn vastanneita sairaanhoitajia pyydettiin sulkemaan kyselylomake kirjekuoreen, kun he olivat vastanneet kyselyyn. Kirjekuoren sulkemisen jälkeen kyselyyn vastanneet palauttivat kuoret tutkimuksen tekijöille. Kyseiseen yksikköön lomakkeita vietiin 26, joista 25 vastattiin. Kyseisessä yksikössä vastausprosentti oli 96%.

6.3 Kyselylomakkeen kuvaus

Kyselylomakkeen alussa on 10 kohtaa, joissa tiedustellaan vastaajien taustatietoja, kuten koulutusta, työtehtävää, työkokemusta ja kuinka usein työntekijä hoitaa painehaavapotilaita. Seuraavissa kahdessa osiossa kysyttiin vastaajien koulutustarpeita. Ensimmäinen osio sisältää 10 eri vaihtoehtoa lisäkoulutuksen sisällöistä, joista vastaaja voi ympyröidä itseään koskevan vaihtoehdon tai vaihtoehdot. Lisäksi osio sisältää yhden avoimen kysymyksen, johon vastaaja voi vapaamuotoisesti kertoa millaista lisäkoulutusta hän kokee tarvitsevänsä. Toisessa osiossa vastaaja arvioi numeerisesti (4-10) osaamistaan samoista sisällöistä painehaavojen ehkäisyyn liittyen kuin ensimmäisessä osiossa.

6.4 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössä kerätty tutkimusaineisto analysoitiin kvantitatiivisen eli tilastollisin menetelmin. Tutkimusaineisto analysoitiin Statistical Package for Social Sciences (SPSS) tilasto-ohjelman avulla. Ensin muuttujat luokiteltiin eri asteikkoihin. Vastaukset syötettiin SPSS-ohjelmaan. Tallentamisen jälkeen aineisto tarkistettiin ja tallentamisvirheet korjattiin. Aineiston vastaukset tarkistettiin useampaan otteeseen ennen kuin tuloksia alettiin analysoida virheiden välttämiseksi. Tämän jälkeen tulokset taulukoitiin erilliseen taulukkoon.

7 Tulokset

7.1 Tutkimukseen osallistunut henkilökunta

Tutkimusjoukkoon kuului 79 sairaanhoitajaa. Kaikki vastaajat työskentelivät päiväkirurgisissa yksiköissä ja toimivat anestesia-, instrumentti tai valvovina sairaanhoitajina yksiköissään. Kyselyyn vastasi 49 sairaanhoitajaa, joten vastausprosentiksi muodostui 62 %. Vastaajien keskimääräinen työkokemus terveydenhuoltoalan ammattiin valmistumisen jälkeen oli 19 vuotta. Lyhyin työkokemus valmistumisen jälkeen oli puoli vuotta, kun taas pisin oli 41 vuotta. Työkokemus nykyisessä toimipisteessä oli keskimäärin 9 vuotta. Yksikkönsä haavanhoitajia oli kaksi kyselyyn vastanneista.

Kyselyyn vastanneista suurin osa (96%) vastasi hoitavansa painehaavapotilaita harvemmin ja he olivat tarkentaneet tämän tarkoittavan käytännössä 1-2 kertaa vuodessa tai etteivät hoida painehaavapotilaita lainkaan. Vastaajista suurin osa (61%) ei ollut käynyt painehaavakoulutuksessa omassa organisaatiossa tai oman organisaationsa ulkopuolella (90%) lainkaan. Koulutuksessa painehaavojen ehkäisyyn liittyen omassa organisaatiossaan oli käynyt yhden kerran 29% ja loput 10 % oli käynyt enemmän kuin kaksi kertaa. Vastaajista 10 % oli käynyt painehaavoihin liittyvässä koulutuksessa 1-2 kertaa vuoden aikana oman organisaationsa ulkopuolella.

7.2 Hoitohenkilökunnan lisäkoulutustarpeet painehaavojen ehkäisyssä

Vastaajista suurin osa (79 %) koki tarvitsevansa lisäkoulutusta painehaavojen ehkäisyyn liittyen yhdellä tai useammalla osa-alueella. Vastaajista noin viidesosa (21 %) koki, ettei tarvitse lisäkoulutusta lainkaan yhdelläkään osa-alueella. Suurin osa vastaajista (59%) koki tarvitsevansa lisää koulutusta painehaavojen ehkäisyssä yleensä. Toiseksi eniten koulutusta he kaipasivat painehaavojen syntyyn vaikuttavista tekijöistä, riskitekijöistä sekä asentohoidosta (29%). Viidesosa vastaajista (21%) kaipasi lisäkoulutusta apuvälineisiin ja psyykkiseen tilaan liittyen. Vähiten koettiin lisäkoulutustarvetta ihon hoidossa, ravitsemuksessa, erittämisen sekä potilaan ja omaisen ohjauksessa painehaavojen ehkäisyyn liittyen.

Ensimmäisessä osiossa vastaajat saivat vapaamuotoisesti kertoa muita lisäkoulutustarpeita painehaavojen ehkäisyyn liittyen. Tällaisia lisäkoulutustarpeita olivat uusien välineiden ja teknologian käyttö sekä lisätieto nykypäivän vaihtoehtoista painehaavojen ehkäisyyn liittyen.

7.3 Hoitohenkilökunnan oman osaamisen arviointi

Vastaajat arvioivat numeerisesti (4-10) osaamistaan painehaavojen ehkäisyyn liittyen. Kouluarvosanoilla arvioituna kokonaiskeskiarvoksi muodostui 6,8. Vastaajat kokivat osaamisensa kohtalaiseksi painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyen. Vastaajat olivat arvioineet numeerisesti parhaimmaksi osaamisensa seuraavilla osa-alueilla: painehaavojen syntyyn vaikuttavat tekijät ja painehaavojen ehkäisy yleensä. Vastaajien keskiarvo näiltä osa-alueilta oli numeerisesti 8. Huonoimmaksi osaamisensa vastaajat arvioivat

asentohoidon, potilaan ja omaisen ohjaamisen, psyykkisen tilan osalta. Näiden osaamisen keskiarvo oli numeerisesti 5-6 tasolla.

8 Pohdinta

8.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyötä ja kyselyä tehdessä päiväkirurgisissa yksiköissä työskentelevät sairaanhoitajat toivat esiin sen, että he eivät koe painehaavojen ehkäisyn liittyvän heidän työhönsä. Vastaajat kokivat erityisesti, ettei asentohoitoihin tai omaisten ohjaukseen liittyvä osaaminen kuulu heidän toimintayksikön työnkuvaan. He kokivat, että painehaavojen ennaltaehkäisy liittyy lähinnä vuodeosastojen sairaanhoitajien työnkuvaan, koska siellä hoitoajat ovat pidempiä ja potilaat ovat huonokuntoisempia. Omaisten ohjauksen tarpeettomuutta perusteltiin sillä, että päiväkirurgiset potilaat kotiutuvat yleensä hyväkuntoisina ja heille annettu ohjaus riittää. He toivat esiin sen, että päiväkirurgisissa hoitoyksiköissä painehaavoja ei ehdi syntyä, sillä hoitoajat ovat lyhyitä ja toisaalta potilasaineen tulee olla hyväkuntoisia, jotta päiväkirurgian leikkauskriteerit täyttyvät. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tuotu esiin samankaltaisia tuloksia. Sairaanhoitajat eivät välttämättä tunnista mahdollisia osaamisvajeitaan ja omaa rooliaan painehaavojen ennaltaehkäisyssä perioperatiivisessa yksikössä. (Koivunen ym. 2014: 19.)

Vastauksista laskettiin keskiarvo vastauksien analysointia helpottamaan. Voidaankin todeta, että kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat kokivat osaamisensa eri osa-alueilla varsin hyväksi. Tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitajat kokivat osaamisensa painehaavojen ehkäisyyn liittyen keskimäärin kohtalaiseksi tai hyväksi eri osa-alueilla. Suurin osa vastaajista kuitenkin koki lisäkoulutustarvetta painehaavojen ehkäisyssä joillakin osa-alueilla.

Kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien keskimääräinen työkokemus saattoi vaikuttaa tuloksiin, joissa sairaanhoitajat kokivat oman painehaavaosaamisensa varsin hyväksi. Kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien keskimääräinen työkokemus kyseisissä yksiköissä oli 9 vuotta, kun taas työkokemus terveydenhuoltoalalla oli keskimäärin 19 vuotta.

Huomionarvoista on se, että yli puolet kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista eivät olleet käyneet oman organisaationsa tai ulkopuolisen toimijan järjestämissä painehaavakoulutuksissa. Onkin syytä pohtia, hyötyisivätkö yksiköiden sairaanhoitajat painehaavoihin liittyvästä lisäkoulutuksesta. Haavahoitoon erikseen kouluttautuneita haavahoitajia oli kyselyyn vastanneista yksiköistä vain 2.

Tulosten perusteella sairaanhoitajat kaipasivat psyykkisen tilan arviointiin liittyvää lisäkoulutusta ja asia tulisi ottaa huomioon potilasta hoidettaessa. Potilaan psyykkisellä tilalla ja painehaavan esiintyvyydellä on yhteys. Somaattisessa erikoissairanhoidossa potilaan psyykkiseen terveystilaan tulisi kiinnittää huomiota painehaavariskin vähentämiseksi. (Koivunen ym. 2014: 19.)

8.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta määrällisessä tutkimuksessa voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan pätevyyttä eli onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä on ollut tarkoituskin. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulee mitata oikeita asioita ja niiden tulee kattaa koko tutkimusongelma. Validiteettiin liittyy myös se, voidaanko tutkimustulokset yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä ja toistettavuutta eli ovatko tulokset ei-sattumanvaraisia. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 152.) Tässä opinnäytetyössä käytetyn kyselylomakkeen toimivuus ja luotettavuus oli testattu etukäteen ja sitä oli käytetty aiemmin. Vastausten kirjaaminen SPSS-ohjelmaan tarkistettiin useaan eri otteeseen ennen tulosten raportointia mahdollisten virheiden välttämiseksi.

Kyselylomaketta oli testattu ja käytetty aiemmin. Lomakkeen vastaaminen vei aikaa vain 15 minuuttia. Tässä opinnäytetyössä tuli esiin, että kyselylomakkeen jotkin kohdat herättivät vastaajissa kysymyksiä ja olivat heidän mielestään epäselviä. Tämä vaikutti osaltaan tutkimuksen luotettavuuteen. Vastausprosenttia on hyvä tarkastella tulosten luotettavuutta arvioitaessa. Kahden yksikön välillä huomattiin myös vastausprosentissa eroa. Ensimmäisessä yksikössä vastausprosentti oli 96%, kun taas toisessa yksikössä se oli 44%. Kokonaisuudessaan vastausprosentiksi muodostui 62 %. Haasteena tutkimusten tulosten keräämisessä oli se, että ensimmäisessä tutkimusyksikössä kyselylomakkeet

saatiin saman päivän aikana takaisin, kun taas toisessa yksikössä kyselylomakkeet saatiin takaisin osissa, kuukauden aikana. Yksikössä jossa opinnäytetyön tekijät esittelivät opinnäytetyön ennen osastotunnin alkua henkilökohtaisesti, saattoivat vastaajat olla motivoituneempia vastaamaan kyselyyn. Tämän takia vastausten analysointiin meni huomattava määrä aikaa. Yksikköön jätetyt lomakkeet saattoivat unohtua kiireen tai muun syyn takia ja vastausprosentti jäi alle puoleen. Tulosten luotettavuuteen saattoi vaikuttaa myös se, että kyselyyn vastaajat keskustelivat kysymyksistä tilassa, johon he olivat koontuneet. Kaikki eivät saaneet vastausrauhaa. Toisessa yksikössä kyselylomakkeisiin vastaaminen tapahtui ennen osastotuntia.

Osiassa, jossa vastaajia pyydettiin numeerisesti arvioimaan omaa osaamistaan (4-10), osa vastaajista oli vastannut numeroita 0-3. Tämä vaikutti vastausten analysointiin siten, että 0-3 numeroita ei huomioitu, sillä tämä olisi vaikuttanut vääristävästi tuloksiin. Näin ollen joissakin kohdissa vastauksia saatiin 49 sijasta 44. Onkin pohdittava, oliko kyselylomakkeessa mahdollisuus väärinkäsitysten saamiseen siten, että vastaajat vastasivat erikseen annetun arvosteluasteikon ulkopuolelle tai oliko vastaajat vastanneet kiireessä lukematta kunnolla mitä kysyttiin.

Vastauksissa ilmeni ristiriitaisuutta, sillä osa vastaajista oli taustatiedoissa vastannut, etteivät koe tarvitsevänsä painehaavoihin liittyen lisäkoulutusta, mutta koulutustarpeita tiedusteleavassa kohdassa kuitenkin ympyröinyt lisäkoulutustarpeen osa-alueen. On mahdollista, että kyselylomakkeen kysymykset eivät olleet ymmärrettävässä muodossa. Vastausympäristö ja ajankohta on voinut osaltaan vaikuttaa tutkimustuloksiin.

Oli havaittavissa, että osa väittämistä oli monitulkintaisia ja kyselyyn vastanneet olivat vastanneet useampaan kuin yhteen kohtaan, vaikka heitä pyydettiin vastaamaan vain yhteen heitä kuvaavaan väittämään. Huomioitavaa oli myös se, että jotkin kyselylomakkeessa esitetyt käsitteet olivat kyselylomakkeeseen vastanneille tuntemattomia. Prosenttiosuudet laskettiin useampaan kertaa virheiden välttämiseksi.

8.3 Eettisyys

Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupa syksyllä 2017. Kun tutkimuslupa oli saatu, otettiin sähköpostitse yhteyttä yksiköiden osastonhoitajiin ja informoitiin tutkimuksesta heitä.

Saatekirjeessä oli kerrottu, että vastaaminen on vapaaehtoista ja tutkittavien anonymiteetti säilyy eikä yksittäisiä vastauksia ole tunnistettavissa. Opinnäytetyössä noudatettiin edellä mainittuja tutkimuseettisiä periaatteita. Vastaajat saivat saatekirjeen mukana myös yhteyshenkilöiden tiedot, joilta he pystyivät tarvittaessa kysymään lisätietoa.

Aineistoa kerätessä osastoilta henkilökunnalle annettiin mahdollisuus kysyä lisätietoa tutkimuksesta myös henkilökohtaisesti. Kyselyn tulokset raportoitiin lopuksi rehellisesti niin, että yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa. Opinnäytetyö tarkistettiin useaan kertaan opinnäytetyötä tehdessä ja vielä juuri ennen virallista palautusta Turnitin-työkalulla, jolla varmistettiin, että plagiointia ei esiinny.

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin salassapitovelvollisuutta ja kyselylomakkeet säilytettiin huolellisesti niin, ettei ulkopuolisilla ollut mahdollisuutta päästä tarkastelemaan niitä. Opinnäytetyössä ei mainita yksiköiden nimiä, joten tämä edistää myös anonymiteetin säilymistä. Aineistoa kerätessä vastaajille korostettiin, että tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Tutkimuksen osallistumisesta saattoi kieltäytyä missä vaiheessa tahansa.

8.4 Yhteenveto

Opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että perioperatiiviset sairaanhoitajat kokivat osaamisensa pääasiassa kohtalaiseksi ja kokivat tarvitsevansa koulutusta vähän, noin viidesosa ei kokenut koulutustarvetta lainkaan. Kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat kokivat suurimmaksi koulutustarpeekseen painehaavojen ennaltaehkäisyyn liittyvät asiat, kuten painehaavoihin johtavat olosuhteet ja asentohoidot. Vastaajat kokivat tarvitsevansa vähiten lisäkoulutusta potilaan ravitsemukseen, ohjaukseen, erittämiseen ja ihon kuntoon liittyvistä asioista.

Huomionarvoista oli se, että monet vastaajat, jotka eivät kokeneet tarvitsevansa lisäkoulutusta aiheesta lainkaan, olivat kuitenkin valikoineet vastauslomakkeesta eri osa-alueita, joihin kokevat tarvitsevat lisäkoulutusta.

Yhteenvetona voidaan todeta, että tarve sairaanhoitajien lisäkoulutukselle on olemassa ja siinä tulisi ottaa huomioon:

- Painehaavojen ehkäisy
- Potilaan psyykkinen tilanne
- Asentohoidot
- Apuvälineet
- Potilaan ja omaisten saama ohjaus
- Sairaanhoitajien koulutustarpeet

Lähteet

Ahonen, Outi – Blek-Vehkaluoto, Mari – Ekola, Sirkka – Partamies, Sanna – Sulosaari, Virpi – Uski-Tallqvist, Tuija 2015. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ahtiala, Maarit – Hynninen, Nina – Iivanainen, Ansa – Kinnunen, Ulla-Mari – Seppänen, Salla – Tervo-Heikkinen, Tarja 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Suositusprosessin kuvaus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Hoitosuositus. Verkkodokumentti. <<http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20Iivanainen111215.pdf>>. Luettu 05.10.2017.

Bateman, Sharon 2012. Preventing pressure ulceration in surgical patients. Wounds UK 8(4). 65-73. Luettavissa myös verkossa.

European Pressure Ulcer Advisory Panel.

< <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/finnish-guideline-jan2016.pdf> > Luettu: 4.10.2017

Hautakangas, Anna-Liisa – Horn, Tarja – Pyhälä-Liljeström, Paula – Raappana, Maarit 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Porvoo: WSOY.

Haglund, Berit – Huupponen, Terttu – Ventola, Anna-Liisa – Hakala-Lahtinen, Pirjo 2010. Ihmisen ravitsemus. Helsinki: WSOYpro Oy.

Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Edita.

Iivanainen, Ansa – Syväoja, Pirjo 2016. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Juutilainen, Vesa – Hietanen, Helvi 2012. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 3., uudistettu painos.

Karma, Anna – Kinnunen, Timo – Palovaara, Marjo – Kinnunen, Jaana 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kavola, Heli — Ahtiala, Maarit — Berg, Leena — Grek-Stjernberg, Piia-Sisko — Kankkunen, Riitta Kaarina 2014. Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta. Verkkodokumentti.<<http://www.sshy.fi/site/assets/files/1043/finnish-guideline-jan2015.pdf>> Luettu 04.10.2017

Koivunen, Marita – Luotola, Eija – Hautaoja, Päivi – Laine, Kirsi-Marja – Asikainen, Paula. Painehaavojen ehkäisy, osaaminen ja koulutustarpeet erikoissairaanhoidossa – pilottitutkimus hoitohenkilökunnalle. Tutkiva hoitotyö vol. 12 (3), 2014. 14-22.

Koivunen, Marita – Luotola, Eija – Hjerpe, Anna – Kauko, Tommi – Asikainen, Paula. Hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyn osaaminen sekä systemaattisen koulutusintervention merkitys osaamiselle. Hoitotiede vol 29 (1), 2017. 51-63.

Lukkari, Liisa – Kinnunen, Timo – Korte, Ritva. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lääketieteen sanasto. 2017. Duodecim Terveyskirjasto <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00196&p_hakusana=anestesia>. Verkkodokumentti. Luettu 9.10.2017.

McInnes, Elizabeth — Chaboyer, Wendy — Murray, Edel — Allen, Todd — Jones, Peter 2014. The role of patients in pressure injury prevention: a survey of acute care patients. BMC Nursing 13(1). 41

Munro, Cassandra 2010. The development of pressure ulcer risk-assessment scale for perioperative patients. AORN Journal 92(3). 272-287. Luettavissa myös verkossa.

Primiano, Mike — Friend, Michael — McClure, Connie — Nardi, Scott — Fix, Lisa — Schafer, Marianne — Savochka, Kathlyn — McNett, Molly 2011. Pressure ulcer prevalence and risk factors during prolonged surgical procedures. AORN Journal 94(6). 564. Luettavissa myös verkossa.

Päiväkirurgia. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti.
< <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/paivakirurgia/Sivut/default.aspx> >
Luettu 12.10.2017.

Rich, Shayna E. — Margolis, David — Shardell, Michelle — Hawkes, William G — Miller, Ram R — Amr, Sania — Baumgarten, Mona 2010. Frequent manual repositioning and incidence of pressure ulcers among bed-bound elderly hip fracture patients. Wound Repair & Regeneration 19(1). 10. 261-268. Luettavissa myös verkossa.

Sinisalo, Laura 201. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita

Seppänen, Matti 2013. Lämpötalous. Teoksessa Ilola, Tiina – Hoikka, Arja – Heikkinen, Katja – Honkanen, Riitta – Katomaa, Johanna (toim.): Anestesia hoitotyön käsikirja. Helsinki: Duodecim. 182-185.

Soppi, Esa 2010. Painehaava - esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.duodecimlehti.fi/duo98591>>

Sving, Eva — Idvall, Ewa — Högberg, Hans — Gunningberg, Lena 2014. Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention. A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies. (51). 717-725. Luettavissa myös verkossa.

Walton-Geer, Patina S. Prevention of pressure ulcers in the surgical patient. AORN Journal 2009: 538-552. Luettavissa myös verkossa.